

**Załącznik nr 2 – formularz ofertowy**

Pełna nazwa:	
Adres:	
REGON	NIP:
Nr telefonu:	Nr faksu:
E – mail :	

Przystępując do konkursu pod nazwą „Poprawa dostępności mieszkańców Miasta Lubawa do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej w 2022 roku”, ogłoszonego przez Burmistrza Miasta Lubawa, składam(-y) następującą ofertę:

Lp.	Oznaczenie	Koszt 1 godziny brutto	Łączna liczba godzin	Wartość brutto
1	2	3	4	5 = 3 x 4
1	Poprawa dostępności mieszkańców Miasta Lubawa do usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lekarskiej i pielęgniarskiej w 2022 roku	..... w tym: 1. porada lekarska.....zł 2. porada pielęgniarska..... zł 3. inne.....zł	800	
Wartość brutto słownie:				

- Oświadczamy, że dysponujemy potencjałem ..... zatrudnionych (zakontraktowanych) lekarzy, realizujących świadczenie posiadających specjalizację (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) w dziedzinie medycyna rodzinna, pediatria lub choroby wewnętrzne.
- Oświadczamy, że posiadamy:
  - Certyfikat ISO w zakresie usług medycznych ważny w dniu złożenia oferty\*
  - Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia ważny w dniu złożenia oferty\*
- Oświadczam(y), że zapoznaliśmy się warunkami konkursu oraz zdobyliśmy wszelkie konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
- Oświadczam(y), że zawarty w ogłoszeniu o konkursie projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w ogłoszeniu konkursie.

.....  
(podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

\* Niepotrzebne skreślić